Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik der Universität Berlin
Seinerzeit Direktor: Geheimrat Prof. Dr. med. Bonhoeffer

Episodische Dämmerzustände

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Medizinischen Doktorgrades

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

CURT GRAESER

aus Hannover

Tag der Promotion: 26. Juli 1940

Buchdruckerei Franz Linke, Berlin NW 7, Marienstr. 13

M 166

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Kreuz

Referent: Geheimrat Prof. Dr. Bonhoefer

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Episodische Dämmerzustände

Im folgenden sollen eine Anzahl von episodischen Bewußtseinsstörungen wiedergegeben werden, die hinsichtlich ihrer Pathogenese nicht ganz alltäglich sind. Während die Dämmerzustände selbst in ihrem Erscheinungsbild manche Aehnlichkeit aufweisen, ist bei der Suche nach ihrem pathogenetischen Ursprung die Frage der vasomotorisch - migränösen, der psychogen-infektiösen, der narkoleptischen sowie der genuin und symptomatisch epileptischen Genese zu klären.

Fall Nr. 1.

Ein kräftiger, untersetzter Schlosser im Alter von siebenunddreißig Jahren gibt an: Während der Lehrzeit litt er zum erstenmal unter Kopfschmerzen, die fast regelmäßig jeden Sonntag auftraten. Die Freunde hätten schon immer gefragt: „Na, was macht der Kopf?" Die Kopfschmerzen, mit denen er gewöhnlich schon morgens aufwachte, begannen in den Schläfen, meist rechts, um sich dann über den ganzen Kopf auszudehnen. Er hatte ein Gefühl, als sei im Kopf eine Wunde, in der rumgebohrt würde. Eingeleitet wurden die Kopfschmerzen häufig durch Erbrechen. Sie wurden besser, wenn er sich hinlegte, dauerten aber meistens einen ganzen Tag an.

Im Felde traten die Kopfschmerzen nur zweimal auf, wurden dann aber nach einer Verschüttung wieder schlimmer und bekamen einen anderen Charakter: mehr ein dumpfer Druck oben auf dem Kopf. Nach der Verschüttung blieb für zwei Tage die Sprache weg, kam aber angeblich nach Uebergießen mit kaltem Wasser wieder. Dem Vater fiel es auf, daß er sich in der Folgezeit nur schwer ausdrücken konnte und besonders in Erregung anfing, zu stottern.

Später im Beruf gab es Zeiten, in denen er ganz beschwerdefrei war. Die Kopfschmerzen stellten sich aber immer wieder ein, und zwar in typischer Weise morgens; sie wurden dann besser beim Hinlegen und verschwanden vollends nach einem ausgiebigen Schlaf. An solchen Tagen hatte er auch

drei bis vier braune Flecken vor den Augen, die nicht weggingen. Ab und zu kam es auch vor, daß er mitten in der Arbeit „einen Augenblick weg war" — an Tagen, an denen er keine Kopfschmerzen hatte.

Angaben der Ehefrau:

Vor einem Monat befand sich ihr Mann wegen eines nervösen Magenleidens in ärztlicher Behandlung. Während dieser Zeit schien es ihr, als ob er „nicht richtig im Kopf gewesen sei". Er saß und lag immer still rum und aß und trank wenig, so daß er über zwanzig Pfund abnahm. Sie schiebt das auf Wohnungssorgen, die er hatte, und Schikanen, denen er im Dienst ausgesetzt war. Er selbst gibt das zu und sagt, er habe alles in sich rein gefressen und sich schließlich über „die Fliege an der Wand" geärgert. Auch kam es der Frau vor, als sei der Mann merkwürdig vergeßlich geworden und sein Gedächtnis gestört. „Er habe so etwas an sich gehabt", sagt sie über seine ihr unverständliche Wesensänderung.

An einem Montag äußerte er, er müsse schnell weg, nach Berlin rüber. Ohne Geld und Papiere verließ er die Wohnung und kehrte nicht zurück. Erst nach zehn Tagen wurde er in völlig verwahrlostem Zustand von seiner Schwester aufgefunden. Seine Arbeitsstelle hatte er inzwischen nicht aufgesucht.

Die Frau gibt an, daß der Mann vor etwa zehn Jahren mal einen ähnlichen Zustand hatte. Er kam ihr verändert vor und blieb damals grundlos einen Tag von zuhause weg. Ganz verstört kam er wieder und konnte nicht sagen, wo er gewesen sei. Anfälle oder Ohnmachten habe ihr Mann nie gehabt.

Der Mann macht während der Aufnahme einen ratlosen, verstörten Eindruck, sitzt während des Gesprächs mit der Frau interesselos daneben und sieht mit ängstlichem, etwas leerem Blick vor sich hin. Oertlich und zeitlich ist er nicht klar orientiert. Gibt an, an starken Kopfschmerzen zu leiden und einem Gefühl von Angst, für das er keinen Grund wisse. Er entsinnt sich, damals die Wohnung verlassen zu haben, um zur Krankenkasse zu gehen. Plötzlich habe er gemerkt, daß er ganz woanders in Berlin sei.

Aus der ganzen Zeit erinnert er sich nur noch, Militärmusik gehört zu haben und von einem Schupo angesprochen zu sein. Näheres darüber kann er aber nicht sagen, obwohl er offenbar angestrengt versucht, Licht in das Dunkel dieser 10 Tage zu bringen. Zu sich gekommen sei er erst wieder, als er bei seiner Schwester in den Spiegel sah.

Acht Tage später, nach einem erquickenden Schlaf, fallen dem Patienten nähere Einzelheiten aus der Zeit seines Däm-

merzustandes ein. Er habe im Tiergarten gesessen, und zwar Sonntags, weil die Leute alle gut gekleidet gewesen seien. Dann habe er Militärmusik gehört (Alexandermarsch) und habe Soldaten und Musiker gesehen. Er sei mitgelaufen und habe am Ehrenmal die Ablösung der Wache gesehen. Die Straßenkreuzungen habe er mit anderen Passanten überquert; er erinnert sich ziemlich genau des Weges und macht eine gute Skizze davon. Er habe während dieser Zeit dauerndes Ohrensausen gehabt. Jetzt sei ihm auch klar, daß er im Laufe des Jahres schon zweimal in einen ähnlichen Zustand geraten sei.

Morgens sei er statt zur Arbeit in ganz anderer Richtung losgegangen und sei erst wieder zu sich gekommen, als er auf der Brücke am Lindenufer stand und sah, wie die Leute angelten. Während der ersten Tage nach der Aufnahme habe er noch ziemliche Kopfschmerzen gehabt; jetzt, drei Wochen später, fühle er sich wohl und erleichtert und habe blendenden Appetit. (Er nahm in dieser Zeit etwa 20 Pfund zu.)

Die körperliche, neurologische Untersuchung zeigt bei dem besonders kräftig gebauten, untersetzten Mann nichts Krankhaftes. Im Liquor besteht eine geringe Eiweißvermehrung, die Enzephalographie bietet nichts Auffallendes.

Beurteilung.

Schon in der Jugend besteht ein häufig mit Erbrechen einhergehender Kopfschmerz, der meist morgens auftritt und beim Hinlegen und Schlafen besser wird. Er ist der Schilderung nach migränösen Charakters. Eine Verschüttung im Felde scheint die Kopfschmerzen wieder zu verstärken und auch eine vorübergehende Sprachlähmung bewirkt zu haben. Letztere ist aber vielleicht psychogenen Ursprungs. Die Angabe, daß sich die Sprache nach Uebergießen mit kaltem Wasser wieder einstellte, spricht dafür. Zunächst traten später während der Arbeit neben den typischen, nunmehr auch mit ophtalmischen Erscheinungen einhergehenden Kopfschmerzen seltene kurze Bewußtseinsstörungen auf: „Er war für einen Augenblick weg." Auffallend ist ferner der einige Wochen anhaltende reizbare Verstimmungszustand, der, auch im Hinblick auf die Absencen, epileptoide Züge trägt. Darauf tritt ein poriomanischer Dämmerzustand auf. Erst nach zehn Tagen wird der Patient in verwahrlostem Zustand von seiner Schwester aufgefunden. Interessant ist, daß er angibt, erst beim Blick in den Spiegel wieder „zu sich" gekommen zu sein. Aus der anfangs vollständigen Amnesie treten acht Tage später nach einem erquickenden Schlaf Erinnerungsinseln auf. Den

besonders imponierenden Eindruck der aufziehenden Wache vermag er sogar in allen Einzelheiten zu schildern. Bei der Frage nach der Genese des Dämmerzustandes liegt es nahe, einen Zusammenhang mit den in der Anamnese geschilderten migräneartigen Erscheinungen anzunehmen: die seit der Kindheit bestehende Neigung zu Kopfschmerzen, die später auch mit ophtalmischen Symptomen einhergehen. Auch die Tatsache, daß der Patient während des Dämmerzustandes an Ohrensausen und nach dessen Abklingen an starken Kopfschmerzen und Angstgefühl gelitten hat, lassen sich vielleicht in dieser Richtung verwerten. Die von der Ehefrau beobachtete episodische reizbare Verstimmung gibt dem Krankheitsbild im Verein mit den vorübergehend aufgetretenen Bewußtseinsstörungen eine epileptische Färbung. Doch lassen sich weder für genuine noch symptomatische Epilepsie (Enzephalographie und Liquor zeigen nichts Krankhaftes) nähere Anhaltspunkte finden. Zu erwähnen ist hier Flataus's Beobachtung, der bei eigenen Migräne-Patienten häufig solche Absencen und episodische Verstimmungen gefunden hat, aus denen er einen gewissen Zusammenhang mit der Epilepsie vermutet.

Fall Nr. 2.

Ein sechsunddreißigjähriger Glasschmelzer, dessen eine Schwester während der Periode an auffällig starken Kopfschmerzen leidet, gibt an:

Als Junge waren ihm Eisenbahnfahrten unangenehm, da er sofort Kopfschmerzen bekam. Bei Karusselfahrten wurde ihm übel. Auch Klettern, wie seine Kameraden, konnte er nicht, da ihm leicht schwindlig wurde. Als er die Schule verließ, sei er klein und zurückgeblieben gewesen, wuchs dann im Pubertätsalter übermäßig schnell und litt in dieser Zeit häufig an Schwächeanfällen. Er schlief oft, wo er ging und stand, ein, knickte auch davon unabhängig ab und zu im Oberkörper ein und war dann einen Moment nicht ganz bei sich. Kopfschmerzen seien damals noch nicht aufgetreten. Dieser Zustand habe damals etwa zwei Monate angehalten. Aehnliche Erscheinungen seien erst wieder seit etwa vier Monaten aufgetreten; das Einknicken passiere ihm besonders beim Lachen.

Im Felde seien zum erstenmal, aber recht selten, Kopfschmerzen aufgetreten. Etwa mit dreiundzwanzig Jahren kamen sie regelmäßiger, zeitweise alle acht Tage, und zeichneten sich alle drei bis vier Wochen durch besondere Heftigkeit aus; sie saßen meist rechts im Hinterkopf. Ein Jahr später wurden die

Kopfschmerzen zum erstenmal von Flimmern begleitet: Farbige Ringe, die vor den Augen tanzten. Nach einem weiteren Jahr konnte er morgens beim Aufwachen plötzlich Arme und Beine nicht mehr richtig bewegen. Sie waren „so halb lahm", er konnte nicht allein essen und mußte an Stöcken gehen. Er sei bis zum Halse gefühllos gewesen, man habe überall Nadeln hineinstechen können, ohne daß er es merkte. Bei dem Versuch, mit seiner Frau zu verkehren, blieb die Erektion aus. Stuhl und Wasserlassen waren ungestört.

Nach vierteljähriger Behandlung in der Heilanstalt Pirna war die Lähmung behoben, und er konnte wieder seiner Arbeit als Glasschmelzer nachgehen. Dabei bekam er vereinzelte kurze Anfälle von Bewußtlosigkeit mit Krampfzuständen im Gesicht (der Kiefer habe so gearbeitet, erzählten ihm die Kameraden), wovon er selbst aber nachher nichts wußte. Trotzdem er leichtere Arbeit bekam, kam es hin und wieder zu Erregungszuständen, bei denen er geschrieen und geschimpft und andere geschlagen habe. Wegen seiner reizbaren Stimmung genügte meist ein ganz nichtiger Anlaß. Er selbst habe nachher gar nichts von dem Geschehenen gewußt, die anderen hätten ihm alles erzählt. Manchmal sei es dabei auch zu Anfällen gekommen, bei denen er hinschlug und sich am Unterkiefer verletzte, aber angeblich ohne Zungenbiß, Zuckungen und Untersichlassen. Deshalb kam er für ein halbes Jahr in eine Anstalt, litt aber nach der Entlassung an Anfällen, besonders aber an Kopfschmerzen rechts im Hinterkopf, und an ausgesprochener Schlaflosigkeit. Er habe damals etwa zwei Jahre nicht gearbeitet.

Eines Tages begab er sich aus dem Hause, ohne daß er später wußte, was er eigentlich im Sinne gehabt habe. Die vier Tage, die er unterwegs war, sind völlig aus der Erinnerung gelöscht. Er weiß erst wieder, wie er am Hauptbahnhof in Leipzig von der Polizei aufgegriffen wurde. Unterwegs auf der Bahn muß er umgestiegen sein, hat auch, wie sich ergab, RM 50.— ausgegeben, ohne daß er sich an nähere Umstände erinnern kann.

Während der folgenden Zeit litt er dauernd unter Kopfschmerzen, die ziemlich regelmäßig alle acht Tage auftraten; Erbrechen hatte er dabei nicht. Am liebsten lag er an solchen Tagen allein im Dunkeln. Er war dann stets besonders reizbar und habe sich über alles geärgert.

Die Kopfschmerzen hielten meistens einen Tag an. Nach einem durch Medikamente herbeigeführten, gründlichen Schlaf

pflegten sie zu verschwinden. Gelegentlich, besonders bei Anstrengungen während der Kopfschmerzen (mit Sicherheit, wenn er sich bückte, um etwas aufzuheben) trat Flimmern vor den Augen auf: Regenbogenfarbige Ringe, die sich besonders im rechten Gesichtsfeld hin und her bewegten. Seit einem Vierteljahr trat nun eine wesentliche Verschlimmerung auf. Er habe fast jeden Tag Kopfschmerzen. Ein oder zweimal in der Woche, besonders wenn er erregt oder überarbeitet ist, knickt er für einen Moment mit dem Oberkörper ein; das kam auch vor, wenn er mal heftig lachte. Er war dann „ganz machtlos".

Neurologisch fand sich bei dem Patienten, außer Nystagmus, und leicht positivem Romberg-Symptom eine gewisse Störung der Sensibilität. Bei Prüfung der Schmerz-Berührungs- und Bewegungsempfindung macht Patient zwar richtige Angaben, aber nur auf Reize, die bei allen Qualitäten weit oberhalb der normalen Schwelle liegen. Die Untersuchung des Liquor ergab eine leichte Eiweiß- und Zellvermehrung. Eine Uebersichtsaufnahme des Schädels zeigte verstärkte Impressiones digitatae im ganzen Bereich des Schädels. Die serologischen Untersuchungen auf Lues blieben in Blut und Liquor negativ.

Beurteilung.

Anscheinend hereditär belastet, besitzt bereits das Kind eine labile Reaktionsbereitschaft gegen alle das körperliche Gleichgewicht störenden Bewegungseinflüsse, wie Eisenbahn-, Karusselfahren und Klettern. Schwindelgefühl und Kopfschmerzen treten auf, letztere allerdings nicht in periodischen Abständen. Der im Wachstum offenbar zurückgebliebene Junge wächst im Pubertätsalter übermäßig schnell, und es treten Schlafzustände mit affektivem Tonusverlust auf, die an Narkolepsie denken lassen. Im Alter von 20 bis 23 Jahren treten für Migräne charakteristische, rechts im Hinterkopf lokalisierte Kopfschmerzen auf, anfangs selten, später in kurzen Abständen von etwa acht Tagen mit periodisch wechselnder Heftigkeit. Dann gesellt sich auch Augenflimmern hinzu; farbige Ringe tanzen ihm vor den Augen. Züge einer ophtalmischen Migräne kommen hinzu.

Ein Jahr später kommt es zu einer anscheinend paroxysmalen Lähmung der Arme und Beine mit Gefühlslähmung bis zum Hals, auch zu kurzen Anfällen von Bewußtlosigkeit mit Zuckungen der Kiefernmuskulatur. Die Natur dieser Störung ist nicht geklärt. Im Hinblick auf die früheren affektiven Tonusverluste wäre am ehesten an Tonus-Verluste mit an-

schließendem psychogenen Ausbau oder an echte paroxysmale Lähmung von Westphalschem Typus zu denken. Einige Monate später, nachdem die Lähmung behoben war, zeigen sich psychische Veränderungen in Form von Erregungszuständen, die auf dem Boden einer dauernd reizbaren Stimmung erwachsen und von völliger Amnesie für das Vorgefallene gefolgt sind. Nun erst tritt ein vier Tage anhaltender poriomanischer Dämmerzustand auf. In der darauf folgenden Zeit treten wieder migränoide Züge hervor: Der Patient leidet unter besonders heftigen Kopfschmerzen, die mit Augenflimmern und psychischer Reizbarkeit einhergehen und erst nach einem gründlichen Schlaf zu verschwinden pflegen.

Diagnostisch ist der Fall unklar. Die in der Wachstumsperiode aufgetretenen und sich nach etwa 15 Jahren wiederholenden narkoleptischen Zustände lassen an eine latent verlaufende Mesencephalitis denken, in deren Gefolge dann bei dem vasomotorisch stigmatisierten und zu Kopfschmerzen neigenden Manne vasomotorische und migränoide Anfälle sich einstellten. Um eine einfache mit Dämmerzustand einhergehende Migräne dürfte es sich wohl kaum handeln. Auch die geringfügige Eiweiß- und Zellvermehrung im Liquor zusammen mit den verstärkten Impressiones digitatae legen es nahe, die migränösen Zustände als symptomatische zu betrachten.

Fall Nr. 3.

Ein kräftiger, 38jähriger Bauarbeiter gibt an, früher stets gesund gewesen zu sein. Vor vier Monaten hatte er plötzlich ein Zucken im linken Arm verspürt, was sich seitdem zwei- bis dreimal wiederholt habe. In der folgenden Zeit trat häufig Brechreiz auf, er litt unter Schwindel, und oft wurde ihm schwarz vor den Augen. Einmal sei er ganz plötzlich hingeschlagen. Auch das Laufen ging schlecht, er habe in den Beinen ein Gefühl der Schwere gehabt, und diese seien bis zu den Knieen kalt gewesen. Trotz eines dreiwöchentlichen Krankenhausaufenthaltes konnte er die Arbeit nicht wieder aufnehmen. Nach Bädern, die er nahm, ging das Laufen besser. Wenn jemand ihn ansprach, dann habe sich alles im Kopf gedreht.

Die Frau schildert ihren Mann als still und gleichmäßig. Er habe immer liebevoll für seine Familie gesorgt.

Eines Tages kam er wie sonst von der Arbeit und gab ihr seinen Wochenlohn, mit dem sie Einkäufe machen ging. Als sie wieder kam, war er entgegen seinen sonstigen Gewohnheiten

fort. Erst volle 24 Stunden später erschien er wieder, in äußerlich ordentlichem Zustand. Getrunken habe er nie, auch diesmal habe sie nicht den Eindruck gehabt. Auf ihre Frage, wo er gewesen sei, antwortete er nur: „Ach, laß mich in Ruhe", „Weiß nicht, was willst du denn?", „Ja, hole den Arzt". Er legte sich dann ruhig zu Bett, war sehr still, aß schlecht. Während der nächsten 8 Tage äußert er sich nie näher über seine Abwesenheit; die Frau nimmt an, er habe im Walde geschlafen.

Dann wurde er unruhiger, sprach vor sich hin, war „etwas durcheinander", wollte zu einer angeblichen Sanitätsübung, verwechselte die Wochentage. Diese Zustände hätten immer nur wenige Augenblicke gedauert, er habe sich dann wieder beruhigen lassen.

Er kam zur Beobachtung ins Krankenhaus. Da er sich dort wohl ganz ruhig verhalten habe, kam er nach 14 Tagen wieder nach Hause.

Ab und zu konnte er nicht recht laufen, konnte schwer auftreten und ging am Stock. Wurde aufgeschlossener und wieder ganz gesprächig, klagte aber in der ganzen Zeit über Kopfschmerzen. Auch war er wähhrend der Krankheitswochen leicht gereizt und erregt.

Der Patient selbst weiß auf die Ereignisse, von denen seine Frau berichtet, nichts Näheres anzugeben. Er sei von der Arbeit nach Hause gekommen, habe den Wochenlohn seiner Frau gegeben, die zum Einkaufen weggegangen sei. Dann habe er plötzlich Kopfschmerzen verspürt und sei deswegen etwas vor die Tür gegangen. Was sich in den folgenden 24 Stunden ereignet habe, wo er hingegangen sei und wo er geschlafen habe, wisse er nicht.

Psychisch macht der Patient einen schwerfälligen, im Ganzen verlangsamten Eindruck. Er verhält sich in den ersten Tagen seines Klinikaufenthaltes sehr still, antwortet auf Fragen nur mit Ja oder Nein. Die Elektrokardiographie, bei der der Liquor rasch abfloß, machte anfangs starke Beschwerden. Am nächsten Tage gab sich der Patient wesentlich freier, lebhafter, fröhlicher und beschäftigte sich mit den anderen Patienten. Dieser Zustand hält an.

Der körperliche Befund zeigt nichts Krankhaftes; neurologisch finden sich sehr lebhafte Patellar- und Achillessehnen-Reflexe mit angedeutetem Klonus. Im Augenhintergrund ist ein spontaner Venenpuls sichtbar, der links stärker als rechts ist. Die Enzephalographie zeigte auf der a. p. Aufnahme eine

deutliche Differenz beider Ventrikel; während der rechte keine deutliche Vergrößerung zeigt, ist der linke erheblich erweitert.

Die Untersuchung des Liquors ergab eine leichte Eiweißvermehrung, während die serologischen Reaktionen für Lues negativ ausfielen.

Psychisch macht der Patient einen ruhigen und geordneten Eindruck, ist in seinem ganzen Verhalten aber sehr verlangsamt, ohne größere Ausfallserscheinungen, auch bei der Prüfung der Intelligenz, zu zeigen.

Beurteilung.

Bei dem Patienten treten ziemlich unvermittelt im Alter von 38 Jahren Zuckungen im Arm, Brechreiz und Schwindelgefühl auf. Dazu kommen noch subjektive Störungen der Sensibilität: Schwere- und Kältegefühl in den Beinen.

Nach einer vorübergehenhden Besserung setzt ein verhältnismäßig kurz dauernder Dämmerzustand ein, in dem der sonst ruhige und gleichmäßige Mann völlig unmotiviert das Haus verläßt. Für diesen Zeitraum besteht Amnesie. In der folgenden Zeit klagt der Mann über Kopfschmerzen, außerdem besteht eine auffallende psychische Veränderung. Im Gegensatz zu früher befindet sich der Patient in leicht reizbarer und erregbarer Stimmung.

Die Genese des Dämmerzustandes ist nicht leicht zu klären. Brechreiz und Schwindelgefühl, sowie der dem Dämmerzustand nachfolgende Kopfschmerz lassen an Migräne denken, sind aber im einzelnen zu uncharakteristisch, und sprechen allenfalls für eine gewisse vasomotorisch-labile Veranlagung. Beachtenswert ist dagegen die, wenn auch geringe, Eiweißvermehrhung im Liquor und die bei der Enzephalographie deutlich sichtbare Erweiterung des linken Ventrikels. Der Verdacht liegt nahe, die im linken Arm wiederholt aufgetretenen isolierten Zuckungen auf kortikale Reizzustände zu beziehen, wie sie für symptomatische Epilepsie charakteristisch sind. Auch die dem Dämmerzustand folgende anhaltende psychische Veränderung und die in der Klinik beobachtete Schwerfälligkeit und Verlangsamung des allgemeinen Gebarens tragen starke epileptische Färbung.

Fall Nr. 4.

Ein gesund und frisch aussehender 20jähriger Arbeitsdienstmann wird vom Vertragsarzt wegen Verdachtes der Simulation in die Klinik eingewiesen. Wie der begleitende Truppführer berichtet, gilt er als besonders zuverlässig und tüchtig im Dienst. An einem Donnerstagmittag habe er den Auftrag bekommen, eine Fleischerwaage mit dem Fahrrad zu einer benachbarten Abteilung zu bringen. Er sei dort nicht angekommen, sondern von einem Vorgesetzten einige Stunden später in langsamer, unsicherer Fahrt mit zerrissener und beschmutzter Kleidung auf dem Rückweg angetroffen worden. Ueber den dazwischen liegenden Zeitraum war er völlig unorientiert.

Der Arbeitsmann selbst gibt an:

An dem betreffenden Morgen stand er wie gewöhnlich um 5 Uhr auf. Nach dem Frühsport und Frühstück war um 6 Uhr Flaggenparade, und dann rückte die Abteilung wie gewöhnlich zum Dienst aus. Er sei frisch und ausgeschlafen gewesen, habe mit Appetit gegessen und ohne Anstrengungen oder Beschwerden seine Arbeit gemacht. Er war schon um 11 Uhr mit seinem Pensum fertig, und saß dann bis Dienstschluß mit seinem Truppführer im Walde, wo sie sich unterhielten; bei diesem Gespräch gab ihm der Truppführer den Auftrag, zu einer 7 km entfernt arbeitenden Abteilung zu fahren. Er sei weder müde noch hungrig gewesen. Das Wetter war ziemlich frisch, kein Sonnenschein. Er entsinne sich noch, daß er sich vom Truppführer etwa um 12 Uhr abmeldete, dann fehlt mit einem Schlage jede Erinnerung über das Vorgefallene.

Die Erinnerung setzte erst wieder ein — und zwar ziemlich verwaschen — bei einer Unterredung mit dem Abteilungsführer, die etwa um 3 Uhr stattgefunden hat. Patient entsinnt sich eigentlich nur der Situation, der Inhalt der Gespräche ist ihm nicht sicher klar. Danach trat ein tiefer, 2—3 Stunden dauernder Schlaf ein, aus dem er mit klarem Bewußtsein erwachte. Am nächsten Tag wachte er mit rechtsseitigen Hinterkopfschmerzen auf, wie er sie noch nie vorher gehabt hatte. Diese dauerten etwa bis Mittag, er schlief dann den Rest des Tages. Hinterher fühlte er sich wieder wohl, stand am nächsten Morgen auf, machte Innendienst und blieb dann im Revier bis zur Ueberweisung hierher.

Die körperlich neurologische Untersuchung ergab keinen krankhaften Befund, insbesondere war auch der Augenhintergrund normal. Untersuchung des Liquors und Enzephalographie

ergaben keinen Anhaltspunkt für einen organischen Prozeß im Gehirn. Die serologischen Reaktionen für Lues waren im Blut und Liquor negativ.

Psychisch macht der Patient einen unauffälligen, geordneten Eindruck, ist örtlich und zeitlich voll orientiert, zeigt eine angepaßte Affektlage und diszipliniertes Auftreten. Man hat den Eindruck der Zuverlässigkeit und Ehrlichkeit aller seiner Angaben. Die sorgfältig erhobene Vorgeschichte enthielt keine wesentlichen körperlichen Krankheiten, vor allem weder Schädelverletzungen noch Krampf- oder Ohnmachtszustände. Lebenslauf und psychisches Erscheihnungsbild lassen Hinweise auf psychopatische Wesenszüge und auf epileptische Veränderungen vermissen. Dagegen leidet ein Bruder des Patienten an periodisch auftretenden Kopfschmerzen, die erst nach einem längeren Schlaf zu verschwinden pflegen. Während der über 14 Tage durchgeführten klinischen Beobachtung bleibt der Patient frei von Beschwerden. Er war frisch und munter ohne die geringste psychische Auffälligkeit. Auch später im Arbeitsdienstlager versah er seinen Dienst wieder ohne Beschwerden oder Klagen.

Beurteilung.

Bei ärztlicher Ueberlegung ist im vorliegenden Falle zunächst an einen Dämmerzustand im Gefolge einer commotio cerebri nach Sturz mit dem Rade zu denken. Aber dagegen spricht das schnelle Abklingen aller Erscheinungen und das Fehlen einer Kopfverletzung.

Ebenso ist ein Hitzschlag während der vorhanden gewesenen kühlen Witterung auszuschließen. Während so die Genese des Dämmerzustandes zumeist unklar bleibt, ist sein Verlauf typisch: Der Arbeitsmann, der im Auftrag des Truppführers zu einer benachbarten Abteilung fährt, wird einige Stunden später von einem Vorgesetzten in unsicherer Fahrt auf dem Rade angetroffen. Er weiß über sein Tun in der Zwischenzeit keine Rechenschaft abzugeben, auch für den Inhalt seines Gesprächs mit dem Vorgesetzten besteht Amnesie. Erst nach einem erquickenden Schlaf setzt das Bewußtsein schlagartig wieder ein, und auch die Erinnerung ist von diesem Zeitpunkt an wieder deutlich.

Auffällig ist, daß mit diesem in seiner kurzen Dauer klar abgegrenzten Dämmerzustand keine sonstigen Verlaufserscheinungen einhergehen.. Somit sind vor und während des Dämmerzustandes keine näheren Anhaltspunkte für seine Genese zu gewinnen. Dagegen ist die Tatsache von Wichtigkeit, daß der

Patient nach dem ersten Schlaf mit rechtsseitigen Kopfschmerzen aufwachte, die erst nach einem weiteren ausgiebigen Schlaf verschwanden. Dieser Halbseiten-Kopfschmerz wie auch die Tatsache, daß ein Bruder des Patienten unter periodischen Kopfschmerzen leidet, könnte für eine migränöse Grundlage in Anspruch genommen werden, um so mehr, als sich für eine Epilepsie hereditär und anamnestisch keinerlei Anhaltspunkte bieten.

Der Fall ist ausführlicher geschildert in der Veröffentlichung von Stabsarzt Dr. Rost „Ueber migränöse Dämmerzustände" in Heft 4 des 3. Jahrganges „Der deutsche Militärarzt".

Fall Nr. 5.

Eine 40jährige Krankenschwester gibt an, früher stets gesund gewesen zu sein.

Eines Tages fiel den Mitschwestern auf, daß die sonst frische und gesunde Schwester über Kopfschmerzen klagte. Auch Prickeln in den Armen habe sie gehabt. Nach dem Mittagessen fand man die Patientin jammernd in einer Sofaecke liegen. Sie klagte über Kopfschmerzen und Frieren. Zwei Stunden später beobachtete man, wie sie ängstlich im Bette saß, mit den Kissen gegen die Lampe warf und laut aufschrie; sie äußerte, ein Arzt mit einem blutigen Mantel stehe neben ihrem Bett. Einen Stempel in der Wäsche hielt sie für ein Tier und riß ihn mit den Händen heraus. Sie äußerte grundlose Befürchtungen, ihr ganzes Verhalten deutete auf Angst. In der folgenden Nacht schlief sie unruhig, sprach zeitweise verwirrt, wobei sie immer wieder nach einem Apfel verlangte (ihre Mitschwestern berichten, sie sei in einen Arzt der Klinik verliebt; dieser habe ihr mal im Scherz einen Apfel versprochen, ohne sein Versprechen eingehalten zu haben. Später in ihrem Erregungszustand habe man ihr den Apfel gegeben, da sie immer danach verlangte). Außerdem klagte sie dauernd über ihren Kopf. Tags darauf wurde sie etwas klarer, jammerte viel, ohne einen Grund dafür angeben zu können. Axillar wurde eine Temperatur von 37,5 gemessen.

Am nächsten Tag bei der Einlieferung in die Klinik bricht Patientin in Tränen aus, fürchtet sich, in den großen Saal zu kommen. Nähere Angaben sind zunächst nicht zu erhalten. In ein Einzelzimmer gebracht, liegt sie ruhig zu Bett, ist gedrückter Stimmung und weint vor sich hin, ohne eine Be-

gründung dafür geben zu können. Oertlich und zeitlich orientiert, etwas schwer besinnlich. Nach ihren Beschwerden gefragt, gibt sie an, Kopfschmerzen gehabt zu haben. Unklar erinnert sie sich an ihre halluzinatorischen Erlebnisse: Nachts habe sie geglaubt, es stehe jemand neben ihr am Bett. Patientin geht wenig aus sich heraus.

Am 4. Tag ist Patientin wesentlich ruhiger geworden, man bekommt gut Kontakt mit ihr. Oertlich und zeitlich ist sie gut orientiert. Erzählt spontan, sie habe sich wohl überarbeitet, habe auch in den letzten Wochen viel Aufregung gehabt. Sehr verletzt habe sie die Aeußerung eines Arztes, er arbeite lieber mit Pflegerinnen als Charitéschwestern zusammen. Für die Ereignisse der letzten Tage besteht teilweise Amnesie. Weiß, daß sie einen Apfel gestreichelt hat, worüber sie nun lacht. Sie spricht offenbar ungern von den Ereignissen der letzten Tage: „Weiß sich nicht recht zu erinnern." Habe mal die Empfindung gehabt, daß jemand neben ihr am Bett stehe, habe aber nicht gewußt, wer.

Nach weiteren 4 Tagen keine weiteren Beschwerden mehr; frisches, lebhaftes Wesen. Gibt auf Befragen andeutungsweise zu, daß sie eine tiefe Neigung zu einem Arzt der Klinik gefaßt habe. (Nach Angaben eines Kollegen soll sich dieser aber schroff ablehnend verhalten haben.) Patientin meint, man müsse über diese Dinge hinwegkommen.

Dann fährt sie mit ihrer Mutter in ein Erholungsheim.

Die körperlich neurologische Untersuchung zeigt nichts Krankhaftes. Der Kopf ist frei beweglich, keinerlei Zeichen von Meningismus. Der Befund im Liquor ist normal. Psychisch macht die Patientin einen frischen, lebhaften Eindruck; sie ist anscheinend etwas schwer besinnlich, aber örtlich und zeitlich orientiert.

Beurteilung.

Es handelt sich hier um einen ziemlich plötzlich einsetzenden Verstörungszustand, der ebenso schnell wieder abklingt und anscheinend eine leichte Amnesie für das Vorgefallene hinterläßt. Er geht einher mit teils ängstlich, teils erotisch gefärbten optischen Sinnestäuschungen, wie sie in dem Ausreißen des Stempels aus dem Kissen, Aufschreien und Werfen des Kissens gegen die Lampe, sowie der Erscheinung des Arztes im blutigen Mantel und dem Streicheln des Apfels zum Ausdruck kommen. Sicher spielt im Aufbau der Psychose ein psychogenes Moment eine Rolle, aber es ist unwahrscheinlich, daß hier bei dem sonst gesunden und gefestigten Menschen

die alleinige Ursache liegt. In der Klinik wurde eine deutlich erhöhte, im Abfallen begriffene Temperatur (mit starkem Pulsanstieg) gemessen, die man allerdings auf eine vorher erfolgte Omnadin-Injektion zurückführen könnte. Sie wurde jedoch auch schon vor der Einlieferung in die Klinik gemessen. So liegt die Vermutung nahe, daß ein Infekt mitgewirkt hat, für den auch das Frieren, die Kopfschmerzen und Parästhesien in den Armen sprechen. Man wird das Mischbild eines infektiös-psychogenen Verstörungszustandes anzunehmen haben.

Bei einer zusammenfassenden Betrachtung der vorliegenden 5 Fälle läßt sich als Folge der während des Dämmerzustandes vorhanden gewesenen Bewußtseinsstörung in jedem Fall Amnesie nachweisen.

Der Schlosser in Fall 1, der 10 Tage lang in Berlin umhergeirrt war, entsinnt sich, damals die Wohnung verlassen zu haben, um zur Krankenkasse zu gehen; plötzlich habe er gemerkt, daß er ganz woanders in Berlin sei. Erst 8 Tage später hellt sich die für die weiteren Vorgänge bestehende Amnesie noch etwas mehr auf, und einzelne Eindrücke, wie das Aufziehen der Wache, fallen ihm wieder ein.

Auch bei Fall 2 sind die 4 im Dämmerzustand verbrachten Tage völlig aus der Erinnerung gelöscht. In Fall 3 weiß Patient noch, wie er seiner Frau den Wochenlohn abgab und dann vor die Tür trat. Wo und wie er die folgenden 24 Stunden verbracht hat, weiß er nicht anzugeben. Der Arbeitsmann in Fall 4 entsinnt sich noch genau, wie er sich mittags um 12 Uhr von seinem Truppführer abmeldete, um zu einer benachbarten Abteilung zu fahren. Dann fehlt mit einem Schlage jede weitere Erinnerung, und erst nach einem längeren Schlaf hellt sich die Amnesie durch einzelne Erinnerungsinseln auf. In Fall 5 entspricht der erhaltenen Orientierung auch eine größere Klarheit der Rückerinnerung. Die Patientin erinnert sich an ihre halluzinatorischen Erlebnisse und Handlungen während des Verstörungszustandes und geht vielleicht nur nicht näher auf Einzelheiten ein, weil sie sich scheut, ihr persönlich unangenehme Dinge zu berühren und anderen Einblick darein zu geben.

In allen Fällen umfaßt die Amnesie nur den mehr oder weniger deutlich abgegrenzten Zeitraum der Bewußtseinsstörung und betrifft keine früher zurückliegenden Ereignisse, d. h. sie ist nicht retrograd, wie dies für die Amnesien nach traumatischen und toxischen Bewußtseinsstörungen der Fall ist.

Beispielsweise nach einer commotio cerebri pflegen ja meist auch die vorangegangenen Umstände, welche zu dem Unfall geführt haben -- wie z. B. Fahrt mit dem Motorrad —, völlig dem Gedächtnis entfallen zu sein.

Während retrograde Amnesie nach traumatischen und toxischen Bewußtseinsstörungen also die Regel bildet, besteht diese erfahrungsgemäß sehr selten nach Dämmerzuständen und Bewußtseinsstörungen bei genuiner Epilepsie.

Ohne die verschiedene Pathogenese der hier geschilderten Fälle dadurch in Einklang bringen zu wollen, darf man feststellen, daß die Dämmerzustände in ihrem Charakter denen der genuinen Epilepsie nahestehen.

Am Schluß der Arbeit danke ich Herrn Geheimrat Professor Dr. Bonhoeffer herzlich für die Ueberlassung des Themas und des Materials, sowie für die freundlich geleistete Unterstützung.

Curt Graeser.

Berlin, am 22. Mai 1940.

Literaturverzeichnis

Bing, Robert: „Lehrbuch der Nervenkrankheiten." Urban & Schwarzenberg, Berlin/Wien 1937.

Bleuler: „Lehrbuch der Psychiatrie", Julius Springer, Berlin 1937.

Diem, Otto: „Zur Katamnese nach Kopfverletzungen", Schweiz. Arch. Neurol. Bd. 32, H. 1, 1933.

Flatau: „Die Migräne", Julius Springer, Berlin 1912.

Guttmann, L., Breslau: „Physiologie und Pathologie der Liquormechanik und Liquordynamik", Band 7 des Neurologischen Handbuchs von Bumke/Foerster.

Minkowski, M.: „Klinisches und Pathologischanatomisches zur Frage der traumatischen Hirnschädigung." Schweiz. Med. Wochenschr. Nr. 30 1930.

Münzer, Franz Theodor: „Zur Frage der symptomatischen Narkolepsie nach Encephalitis lethargica." Mschr. Psych. Bd. 63, H. 1/2 197.

Raecke: „Transitorische Bewußtseinstsörungen der Epileptiker." 1903.

Redlich: „Das Grenzgebiet der Epilepsie." Wien 1927.

Richter, Budapest: „Die Migräne." Band 17 des Neurologischen Handbuchs von Bumke/Foerster.

Rost: „Ueber migränöse Dämmerzustände." Heft 3 des 3. Jahrgangs des „Deutschen Militärarzt".

Schüller, Arthur, und Wilder, Josef: „Der Kopfschmerz." Wien/Berlin 1937.

Stern, Felix: „Die epidemtische Encephalitis." 2. Aufl., Berlin 1928.

Thiele und Bernhardt: „Beiträge zur Kenntnis der Narkolepsie."

Thiele und Bernhardt: „Beiträge zur Kenntnis der Narkolepsie." Berlin S. Karger 1933.

Vogt: „Epilepsie im Kindesalter." 1910.

Wilder, J., Wien: „Narkolepsie." Band 17 des neurologischen Handbuchs von Bumke/Foerster.

Lebenslauf.

Am 24. 6. 1913 als Sohn des Regierungsrats Wilhelm Graeser in Hannover geboren.

Vorschule, Gymnasium und Abitur in Berlin absolviert, ebenso die vorklinischen Semester und das Physikum im Herbst 1934.

Ein Jahr freiwillig gedient bei der Nachrichtentruppe in Potsdam.

Die ersten beiden klinischen Semester in Freiburg, die folgenden in Berlin verbracht; dort Staatsexamen im Herbst 1938 mit „gut" bestanden. Im Sommer 1937 Uebung im Hindenburglazarett bis zum ROA.-Feldwebel d. R.

Vom 1. Dezember 1938 bis zum 30. April 1939 als Praktikant auf der Inneren Abteilung des Augustahospitals in Berlin: Tätigkeit im Stationsbetrieb, Röntgen und Poliklinik.

Ab 1. Mai bis 30. August 1939 4 Monate auf der chirurgischen Abteilung des Kreis- und Stadtkrankenhauses Herford: gelernt Narkosen aller Art, Frakturenbehandlung, viel kleine ambulante Chirurgie, Gutachtertätigkeit, selbständige Eingriffe bis zum Blinddarm und Leistenbruch. Bis zum 20. November 1939 ebendort als Volontärassistent und Stationsarzt tätig.

Am 1. September 1939 regulär approbiert unter Anrechnung von 3 Famulus-Monaten, die auf einer Inneren Abteilung verbracht wurden. Seit dem 20. November 1939 auf der geburtshilflichen Abteilung der Un.-Frauenklinik der Charité als Volontärassistent tätig.

Curt Graeser.